

Jerzy A. Sobański, Katarzyna Klasa

ZMIANY NASILENIA OBJAWÓW W OKRESIE OCZEKIWANIA NA LECZENIE

PRETHERAPY SYMPTOM LEVEL CHANGES

Katedra Psychoterapii Collegium Medicum UJ

Kierownik: prof. dr hab. med. Jerzy W. Aleksandrowicz

**neurotic symptoms
pre-therapy waiting
psychotherapy**

Prezentując wyniki powyższego badania autor uwydatnia transformację obrazu zaburzeń nerwicowych w okresie oczekiwania na leczenie. Dotyczy ona zarówno pojawiania się nowych, znikania istniejących objawów nerwicowych, jak również globalnej zmiany ich nasilenia, mimo braku w tym okresie oddziaływań terapeutycznych.

Summary

Aim. Description of global neurotic symptom level present during pre-therapy waiting.

Material: Case records of 2589 patients containing two symptom checklists filled in before treatment in a day-hospital.

Method. Analysis of symptom change, by comparison of symptom checklists "0" filled in whilst waiting for therapy – at first diagnostic ambulatory visit and on the day of psychotherapy admission.

Results. Change of global symptom level during pre-therapy assessment and pre-therapy waiting were not large but they were composed of frequent changes in both incidence and intensity of particular symptoms. On average only 40-60% of symptoms (the same) were present in both measurement points during pre-therapy waiting. Similar rates of such changes were observed in women and men.

Conclusions. Global symptom changes among individuals waiting for therapy were in most cases relatively small. However, in particular symptoms many different and very heterogenous transformations were observed. Patterns of change were gender-independent in the global symptom intensity as well as in the particular symptom rates.

Wprowadzenie

Okres oczekiwania na leczenie pozornie nie wiąże się z żadnym oddziaływaniem na pacjenta. Z tego powodu grupy osób oczekujących na rozpoczęcie leczenia (tzw. *waiting list*) często wykorzystywane są jako grupy „kontrolne” do porównań z grupami osób leczonych.

Obserwowano jednak, że u osób nieleczonych występują nieraz znaczne zmiany nasilenia zaburzeń nerwicowych, mające charakter zarówno „samoistnych popraw”, jak i po-

gorszeń [1, 2, 3]. Powołując się na M. Lamberta, S. Kratochvil podaje, że częstość samostnych remisji wynosi ok. 40% [4]. Niekiedy jednak taka poprawa jest jedynie pozornie „spontaniczna”, gdyż osoby w okresie oczekiwania na rozpoczęcie leczenia — zwłaszcza przedłużającego się — mogą korzystać z rozmaitych oddziaływań poprawiających ich stan zdrowia, np. farmakoterapii prowadzonej przez lekarzy różnych specjalności [5, 6]. Na wahania poziomu objawów wpływać mogą również takie czynniki, jak zmiany sytuacji życiowej, wsparcie ze strony rodziny etc. [np. 7, 8, 9].

Zjawisko znaczącej poprawy objawowej w okresie oczekiwania na leczenie często wyjaśnia się wpływem uzyskiwanego przez pacjentów wsparcia i nadziei, stanowiących silne niespecyficzne czynniki terapeutyczne. Do spadku nasilenia objawów przyczyniać się może wiele czynników tego typu: wstępne badanie i wywiad (pełniący czasem rolę „katharsis”), poczucie bezpieczeństwa wynikające z postawienia diagnozy, wyjaśnienia zasad leczenia i określenia terminu jego rozpoczęcia [3, 4, 7, 10, 11, 12, 13]. Poprawa może być również konsekwencją sporadycznych, pozornie wyłącznie diagnostycznych, kontaktów z terapeutami, oznak ich zainteresowania, oddziaływania ich prestiżu oraz wzbudzonych pozytywnych oczekiwań wobec leczenia [5, 14–19]. Nawet umówienie się na pierwsze spotkanie powodowało istotne zmniejszenie się objawów u 15-40% pacjentów [16, 20–22].

S. Leder [10] przyrównywał wpływ oczekiwania na leczenie do funkcji pierwszej fazy terapii (biernego uczenia się). Tezę tę wydają się potwierdzać rezultaty badań B. Pawelec i wsp. [23], opisujących duże zmniejszenie się nasilenia objawów u pacjentów nastawionych na wótnie korzyści, którzy chcieli szybkiej poprawy objawowej przy minimalnym zaangażowaniu.

Ze spadkiem, ale i z nasileniem się dolegliwości wiązać mogą się także rozpoczęte w trakcie kwalifikacji do leczenia procesy uzyskiwania wglądu (np. przypomnienie okoliczności pojawienia się objawów). Pogorszenie się samopoczucia wynikać może z lęku przed nową sytuacją, leczeniem czy stygmatyzacją związaną z leczeniem psychiatrycznym.

Ocena dolegliwości dokonywana przez pacjenta wiąże się także ze specyficznymi właściwościami pomiarów przy użyciu kwestionariuszy samoopisowych, których wynik może być zależny od kontekstu badania (np. korzyści z symulacji lub agravacji). Mimo tych zastrzeżeń relacje pacjentów za pośrednictwem kwestionariuszy samoopisowych powszechnie uznaje się za użyteczne dla celów diagnostycznych i badawczych [9].

Cel pracy

Opisane tu badania miały na celu analizę zmian globalnego nasilenia objawów obserwowanych podczas oczekiwania na leczenie oraz składających się na nie zmian występowania i nasilenia poszczególnych symptomów.

Hipoteza

W okresie oczekiwania na leczenie dochodzi do zmian rodzaju występujących objawów i ich nasilenia, co stwarza wrażenie poprawy lub pogorszenia się stanu chorych.

Materiał

Materiał badawczy stanowiły kwestionariusze objawowe wypełnione przez 2589 pacjentów (1777 kobiet i 812 mężczyzn) oczekujących na psychoterapię na oddziale dzien-

nym z powodu zaburzeń nerwicowych, które były głównym rozpoznaniem lub współwystępowały z zaburzeniami osobowości lub odżywiania się. Wspomnianych 2589 pacjentów to około 70% populacji osób zakwalifikowanych do leczenia na oddziale dziennym w latach 1985—2002 (m.in. pominięto informacje o osobach ponownie przyjmowanych do leczenia, osobach, u których rozpoznano inne zaburzenia niż nerwicowe itp.). Badani w okresie oczekiwania dwukrotnie wypełnili kwestionariusze objawowe – 1) w dniu zgłoszenia się do ambulatorium, podczas badań rozpoczynających diagnostykę i kwalifikację do psychoterapii, 2) w dniu rozpoczęcia psychoterapii, przed pierwszą sesją grupową. Odstęp czasowy między tymi dwoma pomiarami różnił się zależnie od szybkości przeprowadzania badań oraz czasu oczekiwania na wolne miejsce na oddziale (wynosił od jednego tygodnia do kilkunastu lub kilkudziesięciu tygodni). Globalne nasilenie symptomów przed leczeniem odpowiadało u wszystkich pacjentów, w przynajmniej jednym pomiarze za pomocą kwestionariusza objawowego, wartościom typowym dla osób chorych (ponad 200 pkt dla kobiet lub ponad 165 pkt dla mężczyzn).

Metody

Oceniano różnicę pomiędzy dwoma pomiarami za pomocą kwestionariusza KO „0” [24], w zakresie (1) zmian globalnego nasilenia dolegliwości oraz (2) zmian występowania i nasilenia poszczególnych symptomów. Zmiany oceniano, dla każdego pacjenta osobno, pod względem:

- przynależności wartości punktowej globalnego nasilenia symptomów (OWK) w jednym z analizowanych pomiarów do zakresu typowego dla osób chorych lub zdrowych [25],
- rozmiaru zmiany wartości OWK w drugim pomiarze (w kategoriach: znaczna poprawa, niewielka poprawa, brak zmiany, niewielkie oraz znaczne pogorszenie) określonej współczynnikiem XO [26, 27],
- proporcji zmian występowania i nasilenia poszczególnych symptomów, składających się na zmiany globalnego nasilenia dolegliwości. Ocenie poddano 135 symptomów — określając:
 - a) obecność objawu w okresie oczekiwania (w pierwszym lub w drugim pomiarze),
 - b) pojawienie się symptomu, nieobecnego w czasie badania ambulatoryjnego oraz w pomiarze wykonanym w pierwszym dniu terapii na oddziale,
 - c) zniknięcie objawu przed rozpoczęciem leczenia na oddziale,
 - d) wzrost nasilenia objawu obecnego w obu pomiarach,
 - e) spadek jego nasilenia,
 - f) stałe nasilenie symptomu w okresie oczekiwania.

W analizach zmian uwzględniono płeć pacjentów. Istotność różnicy odsetków porównano za pomocą dwustronnego testu dla wskaźników struktury. Rozkłady porównano za pomocą testu Kruskala-Wallisa i testu mediany. Związki czasu oczekiwania z wielkością i rodzajem zmian nasilenia i występowania objawów zbadano również za pomocą analiz korelacji.

Wyniki

Dla 2327 pacjentów (ok. 90% grupy badanej, z uwagi na niedostępność niektórych historii chorób) ustalono czas pomiędzy wypełnieniem pierwszego i drugiego kwestionariusza (przybliżony czas oczekiwania na leczenie). Wyniki w miesiącach podano w tabeli 1.

Tabela 1

Czas oczekiwania na leczenie

Miesiące	Liczba pacjentów	%
1	259	16,1%
2	335	20,9%
3	300	18,7%
4	215	13,4%
5	159	9,9%
6	77	4,8%
7	62	3,9%
8	38	2,4%
9	37	2,3%
10	25	1,6%
11	27	1,7%
12	18	1,1%
13	15	0,9%
14	7	0,4%
15	8	0,5%
16	9	0,6%
17 i więcej	14	0,9%

Dane dla 2327 pacjentów (90% grupy), dla których ustalono czas między wypełnieniem kwestionariuszy.

Jak wynika z tabeli 1, większość pacjentów oczekiwała na rozpoczęcie terapii nie dłużej niż pół roku (83%), ponad połowa (55%) krócej niż 4 miesiące, natomiast tylko dla 3% chorych czas oczekiwania przekroczył 12 miesięcy. Przeciętny czas oczekiwania był istotnie dłuższy dla kobiet ($p < 0,0001$, tabela 2).

Tabela 2

Czas oczekiwania (tygodnie) a płeć pacjentów

Kobiety (n=1605)	M±SD; Me (Q1, Q3)	① 15±14; 11 (6, 19)
Mężczyźni (n=722)	M±SD; Me (Q1, Q3)	① 11±11; 8 (4, 15)

M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Q1 – kwartył dolny, Q3 – kwartył górny. Dane dla 2327 pacjentów (90% grupy), dla których ustalono czas między wypełnieniem kwestionariuszy. ① różnica istotna na poziomie $p < 0,0001$

Jak przedstawiono w tabeli 3, u znacznej większości przyszłych pacjentów (ok. 90%) w okresie oczekiwania na terapię utrzymywało się globalne nasilenie dolegliwości (OWK)

świadczące o istnieniu zaburzeń nerwicowych. Tylko u 8% badanych doszło do zmniejszenia nasilenia objawów, sprawiającego, że w dniu przyjęcia na oddział wartość OWK była mniejsza od typowej dla osób chorych na zaburzenia nerwicowe (200 pkt dla kobiet lub 165 pkt dla mężczyzn). Najrzadziej zdarzał się wzrost nasilenia dolegliwości od wartości nie wskazujących na obecność nerwicy do poziomu typowego dla chorych na te zaburzenia (tabela 3).

Tabela 3

Globalne nasilenie objawów w okresie oczekiwania — w porównaniu z wartościami typowymi dla chorych

Płeć	Stale powyżej 200/165 pkt	Spadek poniżej 200/165 pkt	Wzrost powyżej 200/165 pkt	Razem
Kobiety	1576 – 89%	① 153 – 9%	① 48 – 3%	1777 – 100%
Mężczyźni	718 – 88%	② 66 – 8%	② 28 – 3%	812 – 100%
Razem	2294 – 89%	③ 219 – 8%	③ 76 – 3%	Łącznie 2589

Wszystkie różnice między grupami kobiet i mężczyzn nieistotne statystycznie ($p>0,05$).
Istotność statystyczna różnicy ①②③ $<0,0001$.

Nie stwierdzono istotnych różnic częstości zmian globalnego nasilenia objawów przed rozpoczęciem leczenia w grupach kobiet i mężczyzn (tabela 3). Podobnie na brak różnic związanych z płcią badanych wskazują dane z tabeli 4, opisującej zmianę globalnego nasilenia objawów ocenianą za pomocą kategoryzacji wielkości współczynnika XO.

Tabela 4

Zmiana globalnego nasilenia objawów w okresie oczekiwania, ocena wg wartości współczynnika XO

Płeć	Znaczna poprawa $XO>0,0999$	Niewielka poprawa $0,0099<XO<0,0999$	Brak zmian $-0,0099<XO<0,0099$	Niewielkie pogorszenie $-0,0999<XO<-0,0099$	Znaczne pogorszenie $XO<-0,0999$	Razem
Kobiety	① 82–5%	④ 47–27%	870–49%	④ 320–18%	① 28–2%	1777–100%
Mężczyźni	② 38–5%	⑤ 222–27%	384–47%	⑤ 151–19%	② 17–2%	812–100%
Razem	③ 120–5%	⑥ 699–27%	1254–48%	⑥ 471–18%	③ 45–2%	Łącznie 2589

Wszystkie różnice między grupami kobiet i mężczyzn nieistotne statystycznie ($p>0,05$).
Istotność statystyczna różnicy ①③④⑤⑥ $<0,0001$, ② $<0,001$.

Występowanie jakichkolwiek zmian globalnego nasilenia dolegliwości (OWK) stwierdzono u 52% oczekujących na terapię, były to jednak przeważnie niewielkie tylko poprawy (27%) lub – istotnie rzadziej – niewielkie pogorszenia (18% oczekujących). Znacznych popraw było również istotnie więcej niż znacznych pogorszeń (5% vs 2%, tabela 4). Stwierdzono istotnie więcej popraw ogółem (32%) niż pogorszeń (20%, $p<0,0001$), jednak najwięcej odnotowano braków zmian OWK (48%, $p<0,0001$). Nie stwierdzono różnic związanych z płcią.

W zakresie poszczególnych symptomów składających się na globalne nasilenie objawów stwierdzono bardzo liczne i zróżnicowane zmiany. Tylko u 45 pacjentów (czyli 1,7%) nie stwierdzono żadnych zmian występowania i nasilenia 10 najczęstszych symptomów

(obniżenie nastroju, uczucie osłabienia po obudzeniu się, uczucie napięcia, intensywne przykre przeżywanie wydarzeń, niepewność siebie, utrata wiary we własne siły, niepokój, trudności w koncentracji, uczucie zmęczenia, niepokój przed wydarzeniami, spotkania-mi). U 2589 pacjentów stwierdzono 2296 unikalnych — odmiennych u każdego z tych 2296 — chorych kombinacji zmian. Ze wzrostem liczby analizowanych dolegliwości rosła liczba takich unikalnych kombinacji zmian. U pozostałych 248 pacjentów stwierdzono 89 odmiennych kombinacji zmian występowania i nasilenia 10 wybranych objawów dla grup liczących od 2 do 9 pacjentów. Ze wzrostem liczby analizowanych dolegliwości rosła liczba takich unikalnych kombinacji zmian.

W kolejnym etapie analizy, który obejmował zmiany występowania i nasilenia każdego ze 135 pojedynczych objawów (jednak bez rozróżniania, którego symptomu zmiana dotyczyła), odsetki zjawisk danego rodzaju obliczano dla każdego pacjenta osobno. Dla przykładu zaprezentowano poniżej opis zmian OWK oraz składających się na nie zmian występowania i nasilenia objawów dla trzech pacjentów.

U pacjentki z nr 1245, przy pierwszym zgłoszeniu się do leczenia OWK wynosiło 508 pkt, a w dniu rozpoczęcia leczenia 561 pkt, zatem w okresie oczekiwania globalne nasilenie objawów zwiększyło się tylko nieznacznie (w kategoriach zależnych od wartości współczynnika XO nie nastąpiła istotna zmiana). Pacjentka odnotowała w obu pomiarach występowanie łącznie 105 objawów (78% zmiennych kwestionariusza), z czego w drugim pomiarze pojawiło się 20 nowych (19% ze 105 zgłaszanych dolegliwości), znikło 9 objawów (9%), w dwunastu zmiennych (11%) nastąpił wzrost, w dziesięciu (10%) spadek nasilenia, natomiast w 54 symptomach (51%) nie nastąpiła żadna zmiana — ani ich nasilenia, ani występowania.

Drugi pacjent, mężczyzna (nr 2285), z wartością OWK w pierwszym pomiarze przy zgłoszeniu się do leczenia wynoszącą 316 pkt, a w dniu rozpoczęcia leczenia na oddziale tylko 134 pkt, uzyskał już w okresie oczekiwania na terapię (trwającym w jego wypadku 12 tygodni) zmianę globalnego nasilenia objawów z zakresu typowego dla osób chorych do zakresu typowego dla osób zdrowych (zakres zmian odpowiadał kategorii „znaczna poprawa”). W pierwszym dniu terapii na oddziale wartość OWK była obniżona aż o 58% OWK z pierwszego pomiaru. W obu pomiarach w okresie oczekiwania odnotowano występowanie łącznie 71 objawów (53% zmiennych kwestionariusza), z czego w drugim pomiarze pojawiło się 7 objawów (10% spośród 71 zgłaszanych dolegliwości), znikło 39 (55%), nasilenie jednego symptomu (1%) zwiększyło się, 21 objawów (30%) zmniejszyło, natomiast tylko w 3 symptomach (4%) nie nastąpiła żadna zmiana ich nasilenia.

U pacjenta nr 3119 wartość OWK wynikająca z kwestionariusza wypełnionego przy pierwszym zgłoszeniu, wynosząca 101 pkt, po 2 tygodniach oczekiwania, w dniu rozpoczęcia leczenia, wynosiła 388 pkt. Wprawdzie pierwszy pomiar nie potwierdził obecności zaburzenia nerwicowego — wyniki badania klinicznego wskazywały jednak na jego istnienie. Zmiana odpowiada „znacznemu pogorszeniu” — w porównaniu z poprzednią wartością OWK wzrosła aż o 284%. W obu pomiarach stwierdzono łącznie 73 objawy (54% zmiennych kwestionariusza), pojawiło się aż 48 nowych (66% z 73 zgłaszanych symptomów), znikło 5 objawów (7%), w piętnastu (21%) nastąpił wzrost nasilenia, nie stwierdzono zmniejszenia się nasilenia żadnego objawu, natomiast w 5 symptomach (7%) nie nastąpiła żadna zmiana ich nasilenia.

W tabeli 5 przedstawiono związek zmian globalnego nasilenia objawów (OWK) w okresie oczekiwania ze zmianami występowania i nasilenia pojedynczych dolegliwości. Zamieszczono informacje o odsetkach zmian nasilenia dolegliwości obecnych w obu pomiarach – „stały zestaw objawów”, oraz zmian występowania symptomów – znikających lub pojawiających się („zmiana zestawu objawów”).

Tabela 5

Zmiany nasilenia objawów w okresie oczekiwania
— zmiana OWK oceniana wg wartości XO

		Globalne nasilenie objawów w okresie oczekiwania:				
		znaczną poprawa XO>0,0999	niewielka poprawa 0,0099<XO<0,0999	brak zmian -0,0099<XO<0,0099	niewielkie pogorszenie 0,0999<XO<-0,0099	
Kobiety						
Obecność symptomu – ogółem		M±SD	63%±14%	64%±15%	68%±15%	69%±14%
W tym:		Me(Q1, Q3)	62%(53%, 73%)	64%(53%, 75%)	68%(56%, 79%)	70%(59%, 80%)
zmiana zestawu obj.	pojawienie się obj.	M±SD	① 6%±4%	③ 11%±6%	④ 16%±8%	⑤ 29%±9%
		Me(Q1, Q3)	5%(3%, 8%)	10%(6%, 14%)	15%(11%, 22%)	29%(23%, 36%)
	zniknięcie objawu	M±SD	② 54%±14%	① 30%±10%	② 15%±8%	9%±6%
		Me(Q1, Q3)	52%(44%, 60%)	29%(22%, 37%)	15%(9%, 20%)	8%(5%, 13%)
stały zestaw obj.	wzrost nasilenia	M±SD	① 2%±2%	③ 6%±5%	④ 13%±7%	⑤ 22%±10%
		Me(Q1, Q3)	1%(0%, 3%)	6%(3%, 9%)	13%(8%, 18%)	21%(14%, 27%)
	spadek nasilenia	M±SD	② 27%±12%	① 26%±11%	② 17%±8%	9%±6%
		Me(Q1, Q3)	27%(19%, 36%)	25%(18%, 34%)	16%(12%, 21%)	8%(4%, 12%)
	stałe nasilenie obj.	M±SD	12%±6%	27%±10%	39%±16%	31%±10%
		Me(Q1, Q3)	12%(7%, 16%)	26%(19%, 34%)	37%(29%, 46%)	31%(24%, 38%)
Mężczyźni						
Obecność symptomu – ogółem		M±SD	61%±17%	61%±15%	64%±17%	65%±16%
W tym:		Me(Q1, Q3)	59%(44%, 73%)	59%(50%, 71%)	63%(50%, 77%)	66%(52%, 76%)
zmiana zestawu obj.	pojawienie się obj.	M±SD	① 5%±4%	③ 11%±6%	④ 17%±8%	⑤ 31%±10%
		Me(Q1, Q3)	4%(1%, 8%)	10%(6%, 14%)	17%(12%, 22%)	30%(24%, 37%)
	zniknięcie objawu	M±SD	② 59%±15%	① 31%±12%	16%±8%	8%±6%
		Me(Q1, Q3)	60%(47%, 67%)	30%(22%, 38%)	15%(10%, 22%)	7%(4%, 11%)
stały zestaw obj.	wzrost nasilenia	M±SD	① 2%±2%	③ 5%±5%	④ 12%±7%	⑤ 19%±10%
		Me(Q1, Q3)	2%(0%, 3%)	5%(2%, 9%)	11%(6%, 16%)	18%(11%, 25%)
	spadek nasilenia	M±SD	② 22%±11%	① 25%±11%	16%±8%	9%±6%
		Me(Q1, Q3)	20%(13%, 31%)	26%(17%, 33%)	16%(10%, 20%)	8%(4%, 12%)
	stałe nasilenie obj.	M±SD	12%±7%	28%±10%	39%±14%	32%±11%
		Me(Q1, Q3)	11%(8%, 17%)	27%(20%, 34%)	39%(31%, 46%)	31%(24%, 39%)

M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Q1 – kwartyl dolny, Q3 – kwartyl górny.

Istotność statystyczna różnicy ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩<0,0001 ①②③④<0,005 ⑤<0,01 ⑥<0,05.

Jak wynika z tabeli 5, nawet w przypadku braku istotnych zmian OWK w dwóch kolejnych pomiarach, stwierdzono średnio 16-17% pojawień się nowych symptomów i zniknięcie (brak) – podobnie – przeciętnie 15-16% objawów opisanych w pierwszym kwestionariuszu. Zbliżona okazała się liczba zmniejszeń (16-17%) i zwiększeń nasilenia objawów (12-13%). Nasilenie ok. 40% zgłaszanych symptomów nie zmieniało się (podobnie w podgrupach kobiet i mężczyzn).

Częstość zaniku objawów była istotnie większa niż spadku, ich nasilenia, a pojawianie się objawów było istotnie częstsze niż wzrost ich nasilenia (tabela 5).

Tabela 6

**Czas oczekiwania na leczenie i jego związek ze zmianami
globalnego nasilenia objawów (OWK)**

		Znaczna poprawa $XO > 0,0999$	Niewielka poprawa $0,0099 < XO < 0,0999$	Brak zmian $-0,0099 < XO < 0,0099$	Niewielkie pogorszenie $-0,0999 < XO < -0,0099$	Znaczne pogorszenie $XO < -0,0999$
kobiety (n=1605)						
czas oczekiwania (tygodnie)	M±SD Me(Q1, Q3)	15±12 12(7, 19)	① 16±15 12(6, 19)	② ③ 14±13 10(6, 17)	② ③ 16±13 13(7, 21)	14±12 13(7, 19)
mężczyźni (n=722)						
czas oczekiwania (tygodnie)	M±SD Me(Q1, Q3)	13±10 10(6, 19)	① 11±12 7(4, 13)	② ③ 11±11 7(3, 14)	② ③ 12±10 10(5, 18)	11±8 10(5, 15)

M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Q1 – kwartył dolny, Q3 – kwartył górny.

Dane dla 2327 pacjentów (90% grupy), dla których ustalono czas między wypełnieniem kwestionariuszy.

① istotność statystyczna różnicy między kobietami a mężczyznami ① < 0,0005 ② < 0,0001 ③ < 0,05.

① ② < 0,05 – jedyne różnice między grupami zmian w okresie oczekiwania pod względem czasu.

Dane zawarte w tabeli 6 wskazują na niewielką tendencję do mniejszych zmian w zakresie globalnego nasilenia objawów w sytuacjach krótszego oczekiwania na leczenie, jednak taką pojedynczą różnicę można uznać za nieistotną (zarówno w grupie kobiet, jak i wśród mężczyzn).

Także analizy korelacji (tabela 7) wskazały na brak istotnego związku (bardzo niskie współczynniki korelacji) między czasem oczekiwania a zmianą OWK, oraz częstością zmian występowania i nasilenia poszczególnych dolegliwości (w podgrupach kobiet i mężczyzn).

Dane dla 2327 pacjentów (90% grupy), dla których ustalono czas między wypełnieniem kwestionariuszy.

Omówienie wyników

W analizowanej grupie pacjentów czekających na podjęcie leczenia zmiana globalnego nasilenia dolegliwości występowała stosunkowo często – średnio u ok. 50% oczekujących. Ocena zmian nasilenia dolegliwości w kategoriach określających wynik terapii (współczynnik XO) wykazała, że na ogół były to jednak niewielkie zmiany – 27% niewielkich popraw, a 18% niewielkich pogorszeń. Znacznych zmian OWK w okresie oczekiwania było bardzo niewiele (7%), przy czym stwierdzono nieco więcej znacznych popraw (5%) niż znacznych pogorszeń (2%) (patrz tabela 4). Znaczne poprawy stanu pacjentów w okresie oczekiwania wiązały się częściej z zanikaniem objawów (54-59%) niż ze zmniejszaniem się ich nasilenia (22-27%, tabela 5).

Mimo że dla 8% pacjentów wartość OWK obniżyła się z wartości typowych dla chorych (powyżej 200 pkt dla kobiet, 165 pkt dla mężczyzn) do zakresu typowego dla zdro-

Tabela 7

Związki czasu oczekiwania na leczenie ze zmianami nasilenia i występowania objawów

		Współczynnik korelacji liniowej	Istotność
Kobiety			
zmiana OWK (w punktach)		0,02	ns
obecność symptomu – ogółem, w tym:		-0,01	ns
zmiana zestawu objawów	pojawienie się objawu	0,06	0,05
	zniknięcie objawu	0,01	ns
stały zestaw objawów	wzrost nasilenia	0,02	ns
	spadek nasilenia	0,04	ns
	stałe nasilenie objawu	-0,09	0,05
Mężczyźni			
zmiana OWK (w punktach)		0,04	ns
obecność symptomu – ogółem, w tym:		0,03	ns
zmiana zestawu objawów	pojawienie się objawu	0,01	ns
	zniknięcie objawu	-0,03	ns
stały zestaw objawów	wzrost nasilenia	0,11	0,05
	spadek nasilenia	0,03	ns
	stałe nasilenie objawu	-0,07	ns

wych (tabela 2), podjęli oni leczenie na oddziale dziennym (na obecność zaburzenia wskazywały oczywiście wyniki bezpośrednich badań klinicznych), co wskazuje na nieodczuwanie przez nich opisanej zmiany jako „samoistnej remisji” (podobnie jak poprawa dolegliwości u 32% pacjentów „nie przeszkodziła” im w ostatecznym zgłoszeniu się do leczenia).

Na opisane w tabeli 5 odsetki składały się zmiany występowania i nasilenia różnych objawów u każdego pacjenta innych — jak wynika z pominiętego tu przeglądu danych dla 135 symptomów. Stało się to powodem ograniczenia analizy do obszaru zmian wyrażonego odsetkami objawów, które pojawiały się, znikwały, zwiększało się lub zmniejszało ich nasilenie, bez rozróżniania, które objawy ulegały (lub nie ulegały) zmianom u poszczególnych pacjentów.

Uzyskane wyniki wskazują na zaskakującą częstość pojawień się i zniknięć symptomów, istotnie większą niż wzrostów i spadków ich nasilenia (transformacje obrazu zaburzeń były bardzo częste).

Zaobserwowane zmiany okazały się – pomimo bardzo znacznych różnic w tym zakresie (tabele 6 i 7) – nie związane z czasem upływającym pomiędzy wypełnianiem obu kwestionariuszy objawowych (przybliżonym czasem oczekiwania na leczenie). Istotnie krótszy czas oczekiwania mężczyzn (tabele 2 i 6) wydaje się wiązać z próbami uzyskania większego zrównoważenia proporcji płci w grupach terapeutycznych i przyspieszaniem ich przyjęcia.

Dyskusja

Zmiany globalnego nasilenia zaburzeń nerwicowych (opisane tu zmianami wartości OWK) są zjawiskiem stosunkowo często obserwowanym [9] w okresie oczekiwania na leczenie (jak wynika z cytowanego piśmiennictwa, samych popraw obserwowano 30-40%). W niniejszym badaniu, niezależnie od długości oczekiwania na leczenie, stwierdzono zmiany o charakterze poprawy u 32%, pogorszenia u 20%, czyli łącznie u około połowy osób z „listy oczekujących”.

Najczęściej obserwowano niewielkie spadki globalnego nasilenia dolegliwości (OWK), mogące sygnalizować „samoistną poprawę”, związaną np. z nadzieją na wyleczenie [np. 10], lub jakąś korzystną dla pacjentów zmianą okoliczności życiowych. Większość stwierdzonych zmniejszeń globalnego nasilenia objawów najprawdopodobniej jest skutkiem „efektu placebo” obserwowanego — jak wiadomo — zarówno przed leczeniem, jak i w jego pierwszych tygodniach [np. 1, 4, 10, 11, 28, 29, 30, 31]. Trudno oczywiście stwierdzić, czy takie „samoistne” poprawy samopoczucia miałyby charakter jedynie przejściowy (ponieważ wszyscy badani rozpoczęli psychoterapię), choć można tak wnosić na podstawie piśmiennictwa [np. 4].

Wzrost nasilenia zaburzeń aż u 20% oczekujących na leczenie, a brak poprawy u dalszych ok. 50%, świadczy jednak o tym, że stosunkowo niewielu pacjentów korzysta z wpływu niespecyficznych oddziaływań leczniczych stwarzanych przez kontakty diagnostyczne i oczekiwanie na rozpoczęcie terapii. Dla około 70% badanych czynniki te wydają się bez znaczenia, a u 20% nie powstrzymują przed nasilaniem się objawów, często wyjaśnianym w piśmiennictwie m.in. uruchomieniem się w trakcie procedury diagnostycznej konfliktów, urazów emocjonalnych, poczucia ujemnego „bilansu” życia etc. [7, 29, 32—36].

Analiza proporcji zmian OWK zależnie od ich rozmiaru (kategoryzowanego wg wielkości współczynnika XO) pozwala wskazać na ważną różnicę między — ocenianym tą samą metodą — efektem terapii, często odpowiadającym „znacznym poprawom” objawowym [np. 9, 27], a rozmiarami „spontanicznych” zmian opisanych w niniejszej pracy, zazwyczaj mających charakter „niewielkich popraw”. Tylko u bardzo nielicznych osób (5%) nastąpiły znaczne poprawy (lub rzadziej znaczne pogorszenia, 2%), u większości OWK uległo tylko niewielkiej zmianie – poprawie (27%) bądź pogorszeniu (18%), podczas gdy w wyniku psychoterapii do znacznych popraw objawowych doszło przeciętnie u ok. 45% pacjentów, u ok. 25% nastąpiła niewielka poprawa, brak zmiany stwierdzono u ok. 10%, natomiast stan ok. 5% uległ pogorszeniu, a leczenie porzuciło ok. 15% pacjentów (niepublikowana analiza obejmująca obecnie 4437 osób).

Najbardziej interesującym wynikiem niniejszych badań jest stwierdzenie dużej zmienności obrazu „syndromu” nawet u tych pacjentów, u których zmiany poszczególnych objawów składają się na stałe, lub zbliżone do stałego, globalne nasilenie dolegliwości. Być może w okresie oczekiwania na rozpoczęcie leczenia zmienia się nie tyle nasilenie syndromu nerwicowego, ile odpowiadające za jego obecność — przeżywanie przyszłego pacjenta. Pojawia się zatem pytanie, w jakiej mierze wyniki badań ambulatoryjnych oraz wstępna koncepcja psychopatologiczna — oparta na pierwszym obrazie chorego, zmieniającym się z upływem czasu (m.in. pod wpływem bodźców generowanych podczas szczegółowych badań kwalifikujących) — są aktualne w momencie rozpoczęcia terapii.

Nasilanie się jednych, a spadki nasilenia innych objawów, czy nawet „wymiana” symptomów, są zjawiskiem spójnym ze strukturalną teorią zaburzeń nerwicowych J. W. Aleksandrowicza [37—39], wyjaśniającą taką zmienność obrazu psychopatologicznego procesami systemowych przekształceń swoistego „języka objawów nerwicowych”. Dlatego wydaje się, że pomimo tak znacznych zmian obrazu objawów – można uznać obraz psychopatologiczny pacjentów za stały w swojej zmienności (oraz niezależny od czasu oczekiwania przynajmniej w analizowanym zakresie kilku do kilkudziesięciu tygodni), a badania diagnostyczne przeprowadzone na początku okresu oczekiwania za wystarczająco wiarygodne.

W analizowanych latach czas oczekiwania na leczenie dla połowy pacjentów nie przekraczał 3 miesięcy, dla 83% był krótszy niż pół roku, natomiast tylko dla 3% był dłuższy niż rok. Choć wyjaśnienie tak znacznych różnic dla niektórych pacjentów wymaga odrębnych analiz, obecnie wydaje się, że mają tu znaczenie zarówno różnice dostępności leczenia w różnych rocznikach, jak i rodzaj zaburzeń pacjentów oraz — w zakresie sposobu i trybu przyjmowania do leczenia — próby uzyskania zbliżonej proporcji kobiet i mężczyzn w grupach terapeutycznych (powodujące skracanie czasu oczekiwania mężczyzn).

W badanej grupie różnice długości czasu oczekiwania na rozpoczęcie leczenia nie miały wpływu na uzyskane wyniki, dotyczące dynamiki zmian nasilenia objawów, choć mogły mieć wpływ inne czynniki, np. obowiązujące przez wiele lat wcześniejsze kontakty ze specjalistami kierującymi do leczenia, zmieniające się sposoby informowania pacjenta o celu i zasadach terapii itp. Z uwagi na znaczny upływ czasu (lata 1985–2002) analiza tych czynników okazała się niemożliwa. Nie udało się uzyskać danych dotyczących ewentualnego leczenia się pacjentów, w okresie oczekiwania na przyjęcie na oddział w innych placówkach (np. u lekarzy kierujących), zażywania leków np. homeopatycznych itp. Być może takie informacje mogłyby szerzej wyjaśniać okoliczności występowania – w okresie oczekiwania na rozpoczęcie leczenia – popraw objawowych, zwłaszcza znacznych.

Wnioski **Bibl. Jag.**

1. W analizowanej grupie pacjentów oczekujących na leczenie zmiana globalnego nasilenia dolegliwości występowała u około 50% osób.
2. Spadek globalnego nasilenia symptomów był częstszy niż analogicznie oceniany wzrost.
3. Nie stwierdzono różnic związanych z płcią pacjentów – co przeczy powszechnemu przesądzeniu o większej zmienności globalnego nasilenia objawów u kobiet.
4. Nie stwierdzono istotnego związku zmian globalnego nasilenia dolegliwości, ani rodzaju zmian występowania i nasilenia objawów, z długością oczekiwania na leczenie, które przeważnie nie przekraczało pół roku oraz było istotnie dłuższe dla kobiet.
5. Przeprowadzone analizy ujawniły, że w okresie oczekiwania na leczenie często dochodzi do transformacji obrazu zaburzenia nerwicowego (zespołu objawowego), w której wyniku może dojść do poprawy (nawet „znacznej”) lub pogorszenia w zakresie ogólnego nasilenia dolegliwości. Na transformacje składają się zarówno pojawianie się, jak i znikanie poszczególnych objawów oraz zmiany ich nasilenia.

Znaczenie obserwowanych zmian oraz czynników wpływających na ich występowanie

i efekty o charakterze poprawy lub pogorszenia objawowego, zwłaszcza w aspekcie związku z końcowymi efektami terapii, wymaga dalszych analiz.

Badanie nie było sponsorowane.

Piśmiennictwo

1. Bergin AE, Lambert MJ. Ocena wyników terapii. W: Garfield SL, Bergin AE, red. *Psychoterapia i zmiana zachowania. Analiza empiryczna*. Warszawa: IPIŃ; 1990.
2. Schauburg H, Strack M. Die Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) zur Darstellung, von statistisch und klinischsignifikanten Psychotherapieergebnissen. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 1998; 48, 7: 257–64.
3. Alexiev AS. Oczekiwania a przebieg i wyniki leczenia pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi. Niepublikowana praca doktorska. Warszawa: IPIŃ; 1973.
4. Kratochvil S. Zagadnienia grupowej psychoterapii nerwic. Warszawa: Zysk i S-ka; 2003.
5. Aleksandrowicz JW, Czabała JC. Skuteczność psychoterapii – metody i badania. *Psychiatr. Pol.* 1979; 13, 4: 391–396.
6. McNeilly CL, Howard KI. The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage. *Psychother. Res.* 1991; 1: 74–78.
7. Jensen MP, Karoly P. Motivation and expectancy factors in symptom perception: A laboratory study of the placebo effect. *Psychosom. Med.* 1991; 53: 144–152.
8. Grant I, Sweetwood HL, Yager J i in. Patterns in the relationship of life events and psychiatric symptoms over time. *J. Psychosom. Res.* 1978; 22: 183–191.
9. Sobański JA. Zmiany objawów zaburzeń nerwicowych podczas intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym i ich związek z wynikami leczenia. *Przegląd piśmiennictwa. Psychoter.* 2004; 3, 130: 81–90.
10. Leder S. *Psychoterapia, psychiatria społeczna. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000.
11. Aleksandrowicz JW. *Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów*. Warszawa: PZWL; 2000.
12. Schneider W, Klauer T. Symptom level, treatment motivation, and the effects of inpatient psychotherapy. *Psychother. Res.* 2001; 11, 2: 153–167.
13. Garfield SL, Bergin AE. *Handbook of psychotherapy and behaviour change. An empirical analysis*. New York: John Wiley and Sons; 1994.
14. Butcher JN, Koss MP. Badania nad psychoterapią krótkoterminową i kryzysową. W: Garfield SL, Bergin AE, red. *Psychoterapia i zmiana zachowania. Analiza empiryczna*. Warszawa: IPIŃ; 1990.
15. Howard KI, Kopta SM, Krause M i in. The dose-response relationship in psychotherapy. *Am. Psychologist* 1986; 41: 159–164.
16. Jakubowska U. Podejście behawioralno-poznawcze. W: Grzesiuk L, red. *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1994.
17. Lambert MJ, Whipple JL, Smart DW i in. The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychother. Res.* 2000; 11, 1: 49–68.
18. McLeod J. An administratively created reality: some problems with the use of self-report questionnaire measures of adjustment in psychotherapy outcome research. *Braga: Society for Psychotherapy Research*; 1999.
19. Siegel SM, Rootes MD, Traub A. Symptom change and prognosis in clinic psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry* 1977; 34: 321–329.
20. Agnew RM, Harper H, Shapiro DA i in. Resolving a challenge to the therapeutic relationship: A single case study. *J. Med. Psychol.* 1994; 67: 155–170.
21. Lambert MJ, Shapiro DA, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. W: Garfield SL, Bergin AE, red. *Handbook of psychotherapy and behaviour change: an empirical analysis*. New York: John Wiley and Sons; 1978.

22. Czabała JC. Wyniki badań nad psychoterapią – ich użyteczność dla praktyki klinicznej. *Psychoter.* 1994; 4, 91: 33–40.
23. Pawelec B, Pytko A, Romejko-Hurko A. Związki między procesami zachodzącymi w teście terapeutycznym i w grupie psychoterapeutycznej. *Psychoter.* 1986; 3, 58: 29–38.
24. Aleksandrowicz JW, Bierzynski K, Filipiak J i in. Kwestionariusze objawowe „S” i „O” – narzędzia służące do diagnozy i opisu zaburzeń nerwicznych. *Psychoter.* 1981; 37: 11–27.
25. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicznych. *Psychiatr. Pol.* 1994; 6: 667–676.
26. Aleksandrowicz JW, Pawelec B, Sikora D. Model oceny efektów terapii nerwicy – wskaźniki i kryteria zmian. *Psychoter.* 1989; 1, 68: 53–62.
27. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2004.
28. Czabała JC. Czynniki leczące w psychoterapii. Wydawnictwo Naukowe PWN: Warszawa; 1997.
29. Kamiński R. Wpływ psychoterapii grupowej na zmianę nasilenia objawów i na cechy osobowości pacjentów z zespołami lękowymi. Rozprawa doktorska. Szczecin: PAM; 1999.
30. Kutash IL, Wolf A. Group psychotherapist's handbook. Contemporary theory and technique. New York: Columbia University Press; 1990.
31. Mohr DC, Beutler LE, Engle D i in. Identification of patients at risk for nonresponse and negative outcome in psychotherapy. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1990; 58, 5: 622–628.
32. Piper WE, Joyce AS. A consideration of factors influencing the utilization of time-limited, short-term group psychotherapy. *Int. J. Group Psychother.* 1996; 46, 3: 311–328.
33. Brandon S, Boakes J, Glaser D i in. Odtwarzanie wspomnień dotyczących wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie – problemy kliniczne i praktyczne. *Wiad. Psychiatr.* 1998; 1, 3: 235–254.
34. Swett C, Surrey J, Cohen C. Sexual and physical abuse histories and psychiatric symptoms among male psychiatric outpatients. *Am. J. Psychiatry* 1990; 147, 5: 632–636.
35. Warzocha D, Rabc-Jabłońska J. Cechy przemocy seksualnej doznanej w dzieciństwie a odległe następstwa psychiczne. *Wiad. Psychiatr.* 1999; 2, 3: 281–284.
36. Sexton H. Process, life events, and symptomatic change in brief eclectic psychotherapy. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1996; 64, 6: 1358–1365.
37. Aleksandrowicz JW. Diagnoza zaburzeń nerwicznych (proces diagnostyczny w świetle strukturalnej teorii psychogennych schorzeń czynnościowych). Z zagadnień diagnostyki osobowości. Wrocław: Ossolincum; 1983.
38. Aleksandrowicz JW. Zaburzenia nerwiczne. Warszawa: PZWL; 1998.
39. Martyniak J. Dynamika zmian zaburzeń czynnościowych w nerwicy. *Psychoter.* 1985; 4, 55: 45–54.

Adres: Katedra Psychoterapii CM UJ
ul. Lenartowicza 14
31-138 Kraków

